Rok XXVI. Kraków, 23 Lipca 1887. Nr. 30.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Ulica Sławkowska Nr. 8, I. piętro.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń,
które przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a w *Paryżu* p. Adam, 4 Rue Clement, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH
KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ $1\frac{1}{2}$ „	„ 4 „	„ 6 „

I. Skrócenie więzów okrągłych, czyli t. z. operacyja Alexandra w obec wypadnięcia macicy.

Podał
Władysław Matlakowski,
ordynator Szpitala Dzieciątka Jezus w Warszawie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 29).

Gdy oba więzy lub jeden z nich, stosownie do celów operacyi zostały dostatecznie wyciągnięte, a macica znajduje się już w żądaném położeniu, umacnia się więzy w ten sposób, że się je przyszywa katgutem do ramion obrączki pachwinowéj, przechodząc igłą najprzód przez jedno ramię, potém przez wiąz, a w końcu przez drugie ramię; takich szwów zakładałem 3—4, tak że za pomocą nich nietylko przytwierdzałem wiąz, ale zarazem i zamykałem zupełnie obrączkę pachwinową. Dalszą część więzu, na zewnątrz od zeszytéj obrączki, przyszywałem do tkanki tłuszczowéj podskórnéj, poczém wyciąwszy zupełnie resztę więzu, długości 8—12 cm., zaszywałem ranę całkowicie, zostawiając tylko w dolnym kącie malutki rozporek dla wypływu krwi, w razie gdyby się jéj miało więcéj nagromadzić w ranie. W dwóch pierwszych operacyjach wkładałem krótkie sączki, uważam je jednak za zbyteczne, przeszkadzają bowiem zlepieniu się tkanek i szybkiemu zagojeniu, które najlepiéj przychodzi do skutku pod wilgotnym strupem.

Operacyję właśnie opisaną można z punktu technicznego uważać za tak klasyczną, jak typowe podwiązanie danego pnia tętniczego *in loco electionis* i wszelkie zarzuty pod tym względem przeciw niéj skierowane dowodzą tylko błędów samych autorów. Zatrzymamy się nad niektóremi z nich, pomijając inne, jako zdradzające w operatorach niedostateczne przygotowanie ogólnie-chirurgiczne.

Podczas gdy jedni jak Alexander, Sinclair, Duncan, Duplay i inni, do których i jabym się przyłączył, uważają operacyję za bardzo łatwą, szczególniéj w dzisiejszych czasach, kiedy tyle ciężkich operacyj jest na porządku dziennym, są inni przeciwnego zdania, opierając się na swoich, zresztą nielicznych spostrzeżeniach. Lediard jeden z pierwszych, którzy poszli za przykładem Alexandra-Adamsa, napróżno szukał więzu okrągłego i podobnie jak Deneffe operacyi dokonać nie mógł w dwóch przypadkach. Podobnież Mundé dwa razy (na 4 przypadki) nie zdołał znaleźć więzów, Polk zaś w jednym przypadku musiał otworzyć kanał pachwinowy również z powodu trudności w odnalezieniu więzu. Sławiansky (27) na 9 przypadków dwa razy więzów nie znalazł, a 5—6 razy z trudnością. Croom szukał całą godzinę po jednéj stronie, zanim wiąz odnalazł, a po drugiéj musiał operacyi zaniechać, Skene Keith zaś szukał $1\frac{1}{2}$ godziny; sam nawet Alexander w jednym przypadku nie zdołał odszukać więzów z powodu przepukliny pachwinowéj wrodzonéj po obu stronach. Totéż autor ten w jednéj ze swoich publikacyj (*Brit. med. Jour.* 1885 za listopad str. 960) wyraża się oględniéj, twierdząc, że więzy są tworami delikatnemi i trudnemi do odszukania, a operacyja wbrew zdaniu Duncana, który utrzymuje, iż może ją wykonać nawet nowicyjusz w chirurgii, może się zupełnie nie powieść nawet doświadczonemu chirurgowi. Niektórzy (Mundé 14) wyrażają nawet przypuszczenie, iż w niektórych razach może brakować więzów, a chociaż do tego samego wniosku doszli Tissier i Hache (25) na mocy sekcyj na zwłokach, to jednakże ściślejsze badania anatomiczne przedsięwzięte przez Dolérisa (24), Beurniera (25) od czasu jak więzy okrągłe nabrały praktycznego znaczenia potwierdziły twierdzenia zawarte w dotychczasowych klasycznych podręcznikach anatomii, że więzy te istnieją u wszystkich kobiet, chociaż u rozmaitych osób zachodzą znaczne różnice co do ich grubości. Inna wszelako rzecz z ich odnalezieniem na żywéj kobiecie. Na trupach, zwłaszcza chudych, udawało mi się odkryć więzy niemal za jednem cięciem. Doléris wbrew swojemu pierwiastkowemu twierdzeniu powiada, że na świeżych trupach znalezienie więzów nie przedstawia żadnéj trudności. Na żywéj kobiecie z powodu krwawienia operacyja może być trudniejszą. Nie mogłem też

zauważyć wpływu wieku; niektórzy autorowie utrzymują, jakoby u starych kobiet z wiotkiemi mięśniami więzy były zanikłe; co do mnie, to zarówno u dwóch chorych, jak i na kilku trupach kobiet podeszłego wieku i bardzo wyniszczonych znalazłem więzy z łatwością. Natomiast otyłość bardzo utrudnia odszukanie więzu, raz przez to, że się operuje na dnie rany daleko głębszéj niż u chudego, powtóre przez to, że gruby pokład tkanki tłuszczowéj nie pozwala dokładnie wymacać kolca łonowego oraz obrączki pachwinowéj, wreszcie i najbardziéj przez to, iż pęczki, na które rozpada się koniec więzu po wyjściu z przewodu, rozpraszają się wśród grubéj poduszeczki tłuszczowéj. A zatém odosobnienie więzów może przedstawiać rzeczywistą trudność. Wyżéj już podałem główne punkty, jakich się trzymać trzeba; tu tylko dodam, że nie należy przez dłubanie zanadto rozszczepiać tkanki, wypełniającéj przewód pachwinowy; owszem autorowie doświadczeni w téj mierze, jak Aleksander, radzą podprowadzić igłę anewryzmatyczną naokoło wszystkich tkanek, wychodzących z przewodu i pociągając za cały pęczek, składający się z włókien więzu, otaczającéj je tkanki łącznéj i tłuszczowéj i t. d., wydobyć dalszą mocniejszą i wyraźniejszą część tego tworu. Należy się téż wystrzegać błędu, jaki łatwo zdarzyć się może w przypadku, gdy otwór przewodu pachwinowego jest ciasny, aby nie wziąć zań innéj jakiéj szpary w *aponeurosis m. obliqui externi*. Przy wyciąganiu, jak to już zaznaczyłem, trzeba używać z początku większéj siły, w celu oddzielenia więzu od słupów *(columnae)*; następnie części więzu poddają się wyciąganiu daleko łatwiéj. Oczywiście przed operacyją należy się przekonać, że macicę można odprowadzić do prawidłowego położenia, zwłaszcza dotyczy to operacyi Alexandra przy *retroversio;* zdarzało się bowiem, że macica była utwierdzoną w położeniu nieprawidłowém, z którego wcale jéj wyciągnąć nie było można przez pociąganie za więzy (Polk). Przy wypadnięciu zazwyczaj macicę udaje się odprowadzić i do wyjątków należą przypadki, w których trudno jest wyciągnąć więzy (Parish) prawdopodobnie z powodu ściślejszego zrośnięcia ich z otaczającemi tkankami w następstwie po przewlekłych zapaleniach. Przy kruchości więzu, może się tenże oderwać (Polk); w 4tym z moich przypadków również pękł lewy wiąz, lecz koniec środkowy schwyciłem i wyciągnąłem dalszą część; wiąz w tym razie był wyraźny, okrągły i twardy, a chora młodą i dobrze odżywioną dziewczyną. Na podstawie tego przypadku, oraz dwóch pierwszych, w których bez względu na późny wiek chorych i ich wyniszczenie, więzy były wyraźne i bardzo mocne, nie mógłbym się zgodzić ze zdaniem niektórych autorów (Allan, Mundé, Lebedew), jakoby z wieku i stanu ogólnego można było wnosić o wytrzymałości więzów.

Wyżéj podałem sposób umocowywania więzów, jaki jedynie odpowiada obecnemu stanowi chirurgii i jaki przyjęty jest przez lepszych operatorów, między innymi przez Alexandra. Byli jednak tacy, co chcąc zapewnić jeszcze bardziéj więzy w ich nowém położeniu, proponowali osobliwe sposoby: niektórzy po przyszyciu więzów do słupów obrączki pachwinowéj, resztę więzu zwiniętego zostawiali w ranie, celem lepszego zatkania kanału (Monzique), oraz mocniejszego przyrośnięcia; Lediard proponował okręcać je naokoło pałeczki i pozostawiać na zewnątrz rany póty aż odpadną *(to wind round a piece of stick and leave it like a pedicle projecting through the wound to fall off naturally)*; to znów widziałem, jak Reeves związał końce obu więzów na supeł ponad wzgórkiem łonowym; to samo zrobił James Allan (8). Inni przyszywali więzy do saméj skóry (Lediard w drugim przypadku) lub do słupów i skóry (Sinclair) tak, że wiąz sterczał między zeszytemi wargami rany skórnéj. Nie podobna zgodzić się na żaden z tych sposobów, prowadzą one bowiem do tego, że obumarły koniec leży w ranie, wywołuje ropienie, trwające nieograniczony przeciąg czasu, przyczém obumieranie może nie ograniczyć się do punktu przyszycia więzu, lecz rozszerzyć się poza ten punkt głębiéj i wywołać zapalenie tkanki łącznéj i t. p. Nic téż dziwnego, że przy tak niewłaściwém postępowaniu gojenie się rany przeciągało się znacznie pomimo przestrzegania jakoby ostrożności przeciwgnilnych (w 1szym przypadku Lediarda gojenie trwało 3 miesiące, w 2gim 2 miesiące, w 3cim 3 miesiące, chora przebyła zapalenie tkanki łącznéj, *erythema*, połączone z wysoką gorączką). W przypadku Lawsona Taita (*British. med. Journal* 1885 za lipiec) rana goiła się 9 tygodni, chora omało nie zmarła. Te i tym podobne powikłania łatwo można objaśnić, gdy się zważy, w jaki sposób stosują przeważnie chirurgowie angielscy antiseptykę ran; innym znowu ta ostatnia nie udaje się (np. Reid radzi używać sprayu, mimo to dodaje, że niewielka jest nadzieja rychłego zrostu). Wręcz odwrotnie powiedzieć można, iż jeżeli tylko postępowało się ściśle antiseptycznie rana bezwarunkowo goi się *per primam*, pod warunkiem, że końce więzów nie wystają z rany, która goić się powinna pod wilgotnym strupem.

Przyszycie więzów do *columnae* przewodu pachwinowego przy spokojném położeniu choréj w łóżku wystarcza do mocnego ich przyrośnięcia w ciągu 3—4 tygodni nie tylko w granicach samego przewodu, lecz także i niżéj wzdłuż ich przebiegu, godzi się bowiem przypuszczać, że skutkiem pociągania za więzy na całéj rozciągłości ich powstaje w otaczającéj je tkance zapalenie zlepne mocniéj je utwierdzające w ich łożysku; wszelkie zatém szczególne sposoby, mające na celu zapobieżenie zbyt rychłemu cofnięciu się lub ucieczce więzów z przewodów napowrót do brzucha są zbyteczne, a jak widzieliśmy, narażają chore co najmniéj na długie gojenie się rany.

Przy ściślém rozważeniu rzeczy płonnemi téż są obawy i wynikające ztąd zarzuty, jakoby operacyja miała usposabiać do przepukliny. Każdy łatwo przekonać się może na trupie, że przy wyciąganiu więzu od strony otrzewny powstaje lejkowate zagłębienie, tworzące się przez to, że wyciągany wiąz pociąga za sobą i pokrywającą go otrzewnę. Doléris w jednym przypadku na trupie wciągnął w przewód pachwinowy razem z więzem sieć, która była szeroko przyrosłą do otrzewny ściennéj pokrywającéj wiąz i tym sposobem sztucznie wytworzył przepuklinę. Zeiss (28) zaś rzeczywiście widział przepuklinę po téj operacyi. Imlach w dwóch przypadkach, obawiając się przepukliny, zalecił noszenie opaski. To dało powód przeciwnikom operacyi do zarzutów, przyczém niektórzy (Sutugin 30) zestawili na równi doświadczenie na trupie Dolérisa z obserwacyją Zeissa.

Zarzut usposabiania do przepukliny jest zupełnie bezpodstawny, jeśli tylko wykonać operacyję w sposób wyżéj podany, gdyż wtedy operacyja Alexandra niczém nie różni się od metody praktykowanéj w celu doszczętnego leczenia przepuklin; z drugiéj strony rana powinna się zagoić *per primam*, gdzie bowiem odbywa się długotrwałe ropienie, gdzie odgniwa koniec więzu, tam pozostanie blizna, która przy silném ciśnieniu w jamie brzusznéj może się rozciągać i usposabiać do przepuklin. Przy wyciąganiu więzu, zwłaszcza głębszego jego odcinka zawsze wywija się naokoło

niego lejek otrzewny, jednakowoż lejek ten nie pozostaje w przewodzie pachwinowym, który zaszywamy, lecz głębiéj, na wewnątrz od płaszczyzny, w któréj się szyje. Wątpliwości nie ulega, że zapalenie występujące w tkankach około więzu, prowadzi do zrostów w owym lejku, szczególniéj w jego wierzchołku. Wreszcie, gdyby pochewka ta istotnie wydawać się mogła groźną, można za przykładem Adamsa (*Brit. med. Journal* 1885, październik 3) przeszyć ją kilku szwami katgutowemi.

Można powiedzieć, że operacyja Alexandra nie pociąga za sobą żadnych niebezpieczeństw. Ogłoszono wprawdzie przypadki z zejściem śmiertelném (Hermann (19), Alexander wspomina o 3, a Duncan (22) o 7), ale wyżéj już wykazałem, czemu przypisać należy ten fatalny wynik; owszem porównywając tę cyfrę z liczbą wykonanych operacyj [350 według Duncana w 1885 r., który nie podaje źródeł, 118 wedle Fraenkla w 1886 r. (26)], częstokroć bez zachowania ścisłéj antiseptyki, dziwić się należy, że śmiertelność jest tak małą, zupełnie zatém słusznie twierdzi Alexander (*Brit. med. Journal* 4 *July*), że śmiertelność na seryjo nie wchodzi w rachubę przy rozważaniu wyników téj operacyi. Otwarcia otrzewny, operując ostrożnie, można uniknąć, w razie zaś, gdyby zaszła ta ewentualność, należałoby zaszyć otwór jak zaszywa się przy laparotomii; Duplay (23) radzi lejek otrzewny w razie otwarcia jéj zawiązać; w każdym razie otwarcie to może przejść bezkarnie pod warunkiem, że operacyja była dokonaną ściśle aseptycznie. Burton (6) wspomina, że w jednym przypadku miał w 36 godzin po operacyi krwotok z końca więzu, wyglądającego z rany, w skutek tego radzi go podwiązywać; w jednym przypadku miałem znaczne krwawienie podczas operacyi po wycięciu kawałka więzu, atoli nie z odśrodkowego, lecz z obwodowego końca od strony wzgórka łonowego.

W ogóle powtórzyć mogę, że operacyja, o któréj mowa, z punktu technicznego jest operacyją typową, niepociągającą żadnych następstw szkodliwych i nieprzedstawiającą żadnych niebezpieczeństw. Przechodzę obecnie do drugiego pytania, daleko ważniejszego i trudniejszego do rozstrzygnięcia, a mianowicie: czy operacyja Alexandra-Adamsa rzeczywiście osiąga zamierzony cel, jakim jest wyleczenie z wypadnięcia macicy?

Większość ginekologów, przynajmniéj niemieckich, zgadza się na to, że macica u zdrowéj kobiety nie opuszcza się ku dołowi dla dwóch powodów i 1° dla tego, że podtrzymuje ją z pod spodu pochwa nienaruszona co do swego położenia, kształtu i tęgości ścian, wspierająca się na zdrowém kroczu, oraz 2° dla tego, że ją przytrzymuje od góry otrzewna i to nie pewna, określona jéj część, lub pewien dany wiąz, ale cała otrzewna miednicowa, wielokrotnie wzmocniona przez gładkie włókna mięsne. Powszechnie wiadomo, że macica nie wisi na swoich więzach; owszem od chwili, gdy te więzy zaczynają utrzymywać macicę, rozpoczyna się stan chorobowy: w stanie zdrowia więzy są nienaprężone, wiotkie, bezczynne, przeznaczone tylko do położenia kresu nadmiernym ruchom fizyjologicznym (Fritsch. *Die Lageveränderungen der Gebärmutter* str. 140). Ztąd wypływa, że kto chce przyczynowo leczyć wypadnięcie macicy, ten powinien zadość uczynić powyżéj wymienionym względom: skrócenie więzów oczywiście nic odpowiada wprost żadnemu z obu wskazań. To było powodem, że z wielu stron czyniono zarzuty Alexandrowi, zarzuty niesłuszne, gdyż autor ten nigdy nie utrzymywał, jakoby macica wisiała na więzach okrągłych (*uterus never hangs suspended in the pelvis by the round ligaments as a man hangs suspended from the ceiling by his two arms*).

Jeśli na trupie, zwłaszcza przy wypadnięciu macicy, pociągać za więzy okrągłe, to przekonamy się naocznie, jak to Alquié, Aran, Deneffe, Ravington, Freund i wszyscy nowsi autorowie zgodnie stwierdzają, że macica podnosi się coraz wyżéj, a jednocześnie, gdy podniesienie doszło do *maximum*, układa się *in anteversione*, t. j. zajmuje położenie bardzo bliskie do prawidłowego. W przypadku wypadnięcia na trupie, w którym powtarzałem powyższe doświadczenie, pęcherz był bardzo napełniony moczem; dno unoszonéj macicy przycisnęło go do spojenia łonowego tak mocno, że w górnym odcinku pozostała część moczu i pęcherz podzielony został na dwa oddziały. Jeżeli, wyciągnąwszy więzy do *maximum* przy pustym pęcherzu, umocować je i następnie napełniać pęcherz płynem, to widać, jak macica zostaje podnoszoną, przyczém część pochwowa i szyja w daleko wyższym stopniu aniżeli dno, które przy pewném napełnieniu już daléj podnosić się nie może, poczém macica leży prawie w położeniu poziomém. Z tego wynika, że więzy okrągłe, które w stanie zdrowia nie służą do utrzymywania macicy, mogą spełniać to zadanie w razie przemieszczenia; jeżeli zaś przypomnieć sobie, jak wielką rolę przy wytwarzaniu się wypadnięcia odgrywa tyłopochylenie, skrócenie więzów zapobiegające temu ostatniemu i przywracające macicy położenie prawie prawidłowe i z téj strony wydać się musi pożyteczném. Gdy w ten sposób macica wraca do położenia prawidłowego, pociąga za sobą wypadłą i wywiniętą pochwę, któréj jednak dolny odcinek zwiesza się i wywija na zewnątrz sromu w postaci dwóch stykających się guzów; w przednim z nich może pomieszczać się część pęcherza po dawnemu: *vesicocele*. (Dok. nast.)

II. O hypnotyzmie ze stanowiska fizyjologicznego.

Napisał Prof. Dr. N. Cybulski.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 29).

Wrażenia jednak zmysłowe nietylko są niezbędne dla prawidłowości ruchów; sprawa dostawania się do świadomości zależy także od nich; jak tylko wrażenia te zostaną w jakikolwiek sposób usunięte, świadomość znika i pozostaje tylko zdolność do czynności nieświadomych, automatycznych. Ten sam Strümpel wspomina o chorym, który był zupełnie pozbawiony czucia skóry, przedstawiał zupełny brak smaku i powonienia, był głuchy na prawe ucho i ślepy na lewe oko; u tego chorego zamknięcie oka prawego i zatkanie ucha lewego wywoływało prawie bezpośrednio głęboki sen i zupełną utratę świadomości.

Jakkolwiek wrażenia i inne stany psychiczne dochodzą do świadomości kolejno, to jednak będąc w jednym stanie możemy wywołać inny, poprzedzający, to jest przypomnieć go sobie, uprzytomnić. Na tym związku stanów świadomych opiera się poczucie naszéj jaźni, naszéj nieprzerwalnéj tożsamości, od chwili uświadomienia się pierwszego stanu psychicznego; to poczucie znika, jak tylko sprawa uświadomienia się ustaje. Na podstawie spostrzeżeń na sobie możemy zauważyć, że między jednym a drugim stanem istnieje szereg stopni przejściowych, tak n. p. we śnie prawidłowym, mając widzenie, niekiedy odczuwamy mimo nieodpowiedności warunków, wśród których się widzimy, że jesteśmy tém samém ja, a nawet, że to jest sen. To po-

czucie może być mniéj lub więcéj wyraźne. Jeśli widzenia same są bardzo wyraźne, to po obudzeniu się możemy je sobie przypomnieć, uświadomić. Nie istnieje jednak pomiędzy pojedyńczemi obrazami widzenia ta prawidłowość, z jaką zwykle przypominamy sobie poprzedzające stany świadome. Jakkolwiek widzenia takie zostają uświadomione, to jednak w stanie prawidłowym odróżniamy je od rzeczywistości a ten fakt jeszcze raz stwierdza, jak ważną rolę odgrywają wrażenia zmysłowe przy uświadomieniu się tych lub owych stanów psychicznych, aby te stany mogły stanowić całość i składać się na wytworzenie naszéj jaźni. Wrażenia otrzymywane służą do kontroli wszechstronnéj powstającego stanu, np. wyobrażenia, i tylko na podstawie téj kontroli, na podstawie zgodności poprzedzających stanów z następnemi, nasza jaźń uważa go za stan odpowiadający rzeczywistości lub nie. Prawda, w czynnościach psychicznych wyższych kategoryj zależność ta nie jest tak widoczną lecz i tam analizując je i rozkładając na pierwotne składniki można ją niewątpliwie wykazać. Zastanawiając się zatém nad stopniowym rozwojem czynności nerwowych w ogóle i psychicznych w szczególności od chwili powstania organizmu, rozwojem, który postępuje równolegle z rozwojem anatomicznym układu nerwowego, nad stopniowym zanikiem ich w starości, nad zmianami w skutek spraw patologicznych i środków odurzających i nad zmianami w stanie prawidłowym, pomimo, że do dziś dnia nie możemy wytłumaczyć, w jaki sposób ze spraw materyjalnych w ośrodkach nerwowych powstają sprawy psychiczne, znajdujemy niewątpliwą podstawę do przypuszczenia, że wszystkim sprawom psychicznym towarzyszą odpowiednie zmiany materyjalne i że bez tych zmian, żaden stan psychiczny powstać nie może.

W stanie hypnotycznym widzieliśmy zmiany przeważnie w czynnościach psychicznych, otóż musimy się teraz zastanowić nad kwestyją, od jakich zmian materyjalnych mogą one zależeć i w jaki sposób powstają. Nie wchodząc w rozbiór teoryj poszczególnych autorów, gdyż na to potrzebaby chyba całego dzieła zauważam tylko tyle, że większa część fizyjologów, którzy się hypnotyzmem sami zajmowali, upatruje przyczynę tego stanu w sprawach tamujących. Osoba hypnotyzująca się skupiając uwagę na pewną myśl lub wyobrażenie, jakby dowolnie pozbawia siebie możności otrzymywania wrażeń zmysłowych, ponieważ to skupienie uwagi tamuje czynność innych ośrodków kory mózgowéj, a przynajmniéj zmniejsza ich pobudliwość; wrażenia więc otrzymywane nie dochodzą do świadomości; jeżeli to zatamowanie jest dość znaczne, osoba taka staje się oczywiście do pewnego stopnia podobną do chorego, którego opisuje Strümpel. Nie otrzymując wrażeń niezbędnych do utrzymania świadomości, hypnotyk zasypia, przytém wszystkie ośrodki, przyjmujące udział w świadomych czynnościach mózgu zostają zatamowane. Rzecz się nie zmienia, jeżeli osoba hypnotyzująca się zamiast skupienia uwagi na pewnéj myśli, skupia ją na rękoczynach hypnotyzera lub na błyszczącéj kuleczce; wprawdzie otrzymuje tu z początku pewne wrażenie, lecz zmysły się stopniowo przytępiają, wrażenie słabnie, i wkrótce w miarę tego przytępienia osoba taka staje się także podobną do przytoczonego wyżéj chorego. Tak w pierwszym jak i w drugim przypadku hypnotyk zasypia. Sen jednak hypnotyczny tém się różni od snu zwyczajnego, że w nim zwykle sprawy tamujące obejmują tylko najwyższe warstwy mózgu, tylko ośrodki przyjmujące udział w świadomych czynnościach, podczas kiedy we śnie prawidłowym zmniejsza się pobudliwość całego układu nerwowego nawet ośrodków odruchowych (Rosenbach, Tarchanow), usypia cały układ nerwowy, z wyjątkiem tych grup ośrodków, których praca jest niezbędną dla podtrzymania pewnych czynności fizyjologicznych. Wiadomo, że im sen zwyczajny jest głębszy, tém wyraźniéj występuje obniżenie pobudliwości wszystkich ośrodków nerwowych. Śpiący nietylko się nie porusza, lecz w ogóle żadnych ruchów koordynowanych nie jest w stanie wykonywać. Odwrotnie, im sen jest lżejszy, tém obniżenie pobudliwości ośrodków obejmuje mniejszy zakres, pewne czynności mogą być wykonywane dość łatwo i nakoniec w somnambulizmie naturalnym mamy stan zupełnie analogiczny do stanu hypnotycznego. Tu tak jak i w hypnotyzmie mamy zawieszenie czynności tylko najwyższych ośrodków mózgu; brak spraw świadomych, a w skutek tego i wpływów tamujących niższe warstwy mózgu i rdzenia, sprawia to, że pobudliwość tych warstw się zwiększa i oto przyczyna, dla czego tak hypnotyk jak i somnambulik mogą być wrażliwszymi na pewne podniety zewnętrzne, które wywołują szereg czynności automatycznych bez udziału świadomości. Oczywiście, że stosunek mechanizmów zatamowanych do mechanizmów wolnych od tych wpływów, może się zmieniać w każdym danym przypadku i dawać nam szereg nieskończony najrozmaitszych kombinacyj; lecz we wszystkich zjawiskach możemy odnaleźć tę wspólną cechę, że sprawa uświadomienia się jest zawsze przytłumioną i wszystkie czynności wykonywa śpiący jakby odruchowo. Łatwość, z jaką w téj lub innéj okolicy układu nerwowego występują sprawy tamujące, zależy od organizacyi tegoż układu. U hypnotyków i somnambulików naturalnych najprzód obejmują one tylko najwyższe sfery mózgu i to jest cechą charakteryzującą te układy nerwowe.

Mając przed sobą hypnotyków z jednéj, a wszystkie znane nam sprawy fizyjologiczne i psychologiczne z drugiéj strony musimy przyznać, że to jest najprawdopodobniejsze przypuszczenie, dające możność przy głębszém zastanowieniu się wytłumaczyć prawie wszystkie zjawiska hypnotyczne; weźmy np. pewną halucynacyję: mówię hypnotykowi: „widzisz śnieg!“ Dźwiękowe wrażenie doszedłszy do odpowiednich ośrodków wywoła u hypnotyka odpowiednie wyobrażenie tak samo jak i w stanie czuwania, lecz podczas gdy w stanie czuwania inne wrażenia, przypomnienie stanów poprzednich itp., mogłyby przeczyć temu, teraz w skutek braku wszystkich kontrolujących czynników wywołane wyobrażenie musi pozostać, a niekiedy wywołać nawet inne skojarzone z nim stany np. uczucie zimna, tém bardziéj, jeśli hypnotykowi poddam jeszcze nowe wrażenie, np. będę go upewniał, że jest zimno, przyjmuję odpowiedni wyraz twarzy itp. Uczucie zimna może z kolei wywołać nawet gęsią skórę. Jak te stany przedstawiają się hypnotykowi oczywiście nie wiemy, lecz sądzimy o nich na podstawie zewnętrznego zachowania się hypnotyka i przypuszczamy, że ma halucynacyję. Obudzony hypnotyk o niczem nie pamięta, lecz zmiany wywołane w niektórych narządach, w krążeniu krwi, w mięśniach skóry dostarczają mu tych samych wrażeń, jakie zwykł otrzymywać na chłodzie i hypnotyk rzeczywiście czuje zimno, lecz o niczém więcéj nie pamięta. Zapytując go w odpowiedni sposób możemy wywołać przypomnienie halucynacyi zupełnie tak samo jak pewne wrażenia mogą przypomnieć nam senne widzenia.

Zmiany w krążeniu krwi zachodzące w tym stanie w skutek wywołanych wyobrażeń, lub innych stanów psychicznych, mogą jeszcze bardziéj zmienić pobudliwość tych

lub innych ośrodków i to może być przyczyną pewnéj nadczułości w tych ośrodkach, lecz nie podobna zgodzić się z Kaanem [59]), że one są pierwotną przyczyną. Stan hypnotyczny powstaje i ustępuje niekiedy tak szybko, że żadne zmiany w krążeniu w tym czasie nie mogłyby powstać; dla tego większe ma prawdopodobieństwo przypuszczenie, że stan ten jest skutkiem pewnych zmian molekularnych, za jakie fizyjologija uważa dziś sprawy tamujące.

Sprawa tamowania ośrodków nerwowych, jak i każda inna czynność układu nerwowego, tém łatwiéj może nastąpić im częściéj się powtarza, ba nawet stać się tak pożądaną dla hypnotyka, jak morfin dla morfinisty; toż samo można powiedzieć o tych lub owych objawach stanu hypnotycznego.

Ponieważ pierwiastki każdéj myśli pochodzą ze sfery nieświadoméj więc nietylko poddawanie w stanie hypnotycznym może wywołać podobną halucynacyję, ale może ona powstać także w skutek t. zw. samopoddawania, to jest dłuższego zastanowienia się nad pewną myślą, wyobrażeniem lub uczuciem; oczywiście i po utracie świadomości zmiany w odpowiednich ośrodkach będą wybitniejsze aniżeli w innych i każde wrażenie nieświadome, otrzymane podczas snu hypnotycznego, skojarzone w jakikolwiekbądź sposób z temi czynnościami, łatwiéj je wywoła aniżeli inne. Tak samo rzecz się ma z poddawaniami terminowemi.

Nie mogę się tu zastanawiać nad każdém zjawiskiem w szczególności, lecz zmuszony jestem zrobić tę uwagę, że układ nerwowy człowieka, u którego lada powiew wiatru może zdmuchnąć najwyższą czynność tego układu, sprawę uświadamiania się, nie może być uważany za prawidłowy. Poddawanie w stanie czuwania, podczas którego najwyższe władze umysłowe znikają w jednéj chwili, jest najlepszym dowodem nieprawidłowości takiego układu. Podobne zjawiska, jakkolwiek w skutek innych przyczyn, obserwujemy tylko w stanach niewątpliwie chorobowych (*hysteryja*, *hystcroepilepsyja*, *chorea* itp.). Pomimo więc twierdzenia, że stan hypnotyczny można wywołać u osób zupełnie zdrowych, nie można z tém się zgodzić i wypada go zaliczyć również do kategoryi nerwic. Za tém pokrewieństwem przemawia także ta okoliczność, że stan ten bądźcobądź najłatwiéj wywołać u osób cierpiących na nerwice, w ogóle u osób „nerwowych“ i że przeważnie tylko u pierwszych wywołane zjawiska najbardziéj zwracają uwagę badaczy. Zależy więc on również od pewnych zboczeń w czynnościach mózgowych i podług wszelkiego prawdopodobieństwa od zboczeń w działaniu impulsów tamujących na ośrodki świadomych czynności mózgu. Wprawdzie nie możemy dziś podać z matematyczną ścisłością mechanizmu każdego zjawiska hypnotycznego, bo to zależy od ogólnego stanu wiedzy, stanu dzisiejszego fizyjologii układu nerwowego i psychologii. W każdym jednak razie nie widzimy najmniejszéj podstawy do rozprawiania o płynach magnetycznych, o bezpośredniém przelewaniu się nieznanych nam prądów z jednego systemu nerwowego do drugiego, o nastrajaniu za pomocą tych prądów nerwów hypnotyka, a nawet całego organizmu, na jeden ton z nerwami magnetyzera, o sympatyi wewnętrznéj organizmów itp.

Teraz pozostaje nam zastanowić się jeszcze nad kwestyją, jakie znaczenie może mieć hypnotyzm jako czynnik społeczny, środek terapeutyczny i pedagogiczny, nakoniec jako przedmiot badań naukowych.

Nie podlega wątpliwości, że rozpowszechnienie hypnotyzowania, popularyzowanie hypnotyzmu, może wywrzeć podwójnie szkodliwy wpływ na pewne jednostki społeczeństwa. Nasamprzód utrata świadomości i automatyzm czyni hypnotyka zupełnie zależnym od hypnotyzera i może go uczynić ofiarą najrozmaitszych niemoralnych popędów ze strony tegoż. Rzeczywiście w literaturze hypnotycznéj możemy znaleźć już dość liczne dowody, że to są fakta możebne, fakta takie bywały nawet przedmiotem sądowego dochodzenia. Daléj są fakta, które świadczą, że w stanie hypnotycznym można wymódz najrozmaitsze obietnice na piśmie, podpisywanie weksli itp. Powtóre hypnotycy, którym można poddawać pewne czynności na dłuższe terminy, są w stanie sami wykonywać różne przestępstwa, dopuszczać się kradzieży, zabójstwa itp. W obu razach czynności te wykonywa hypnotyk nieświadomie, bez najmniejszego udziału swéj woli, to téż trzeba go w skutek tego uważać za niepoczytnego. Prócz tego, przy sądowych dochodzeniach, hypnotyków można używać jako fałszywych świadków, pomimo ich woli, gdyż nawet w stanie czuwania mogą pamiętać niektóre halucynacyje, które w skutek kilkakrotnego poddawania mogą być tak wyraźne, że hypnotyk przypomina je sobie jako fakta realne.

Przy tém wszystkiém niezależnie od poddawania częste hypnotyzowanie może wywołać stan, który niewątpliwie trzeba uważać za patologiczny. Osoby, które nabywają zdolności samohypnotyzowania się w skutek powtarzanych usypiań, dochodzą do takiéj wrażliwości, że usypiają przy każdém zamknięciu powiek (Bernheim). Osoby, u których łatwo wywołać poddawanie, w stanie czuwania dochodzą również do tego, że każda myśl wypowiedziana przez inną osobę, staje się dla nich poddaną i wywołuje albo halucynacyje odpowiednie, albo uczucie, np. ból, albo służy jako impuls do pewnych czynów. Osoby takie zostają wciąż jakby na granicy między życiem świadomém a nieświadomém; stają się niezdolne do wszelkich czynności; zawdzięczają ten stan wyłącznie hypnotyzmowi, gdyż po zaprzestaniu hypnotyzowania stopniowo wracają do stanu prawidłowego. (C. d. n.)

III. Orzeczenia sądowolekarskie Wydziału Lekarskiego Uniw. Jagiell.

Seryja druga.

V.

Wątpliwe dzieciobójstwo.

Podał Prof. Dr. L. Blumenstok.

Dnia 10 czerwca Sąd w X. otrzymał doniesienie telegraficzne urzędu gminnego w Y., że w wodzie znaleziono dziecko nieżywe. Na niezamężną Karolinę Ł., lat 22 liczącą, padło podejrzenie, że jest matką tego dziecięcia. Dziewczyna ta zrazu podaje, że nigdy nie rodziła, późniéj jednak przyznała, że będąc brzemienną d. 25 maja w nocy znajdując się przypadkiem we wsi poblizkiéj czuła bóle; rano wstała, aby udać się do domu do matki swéj, po drodze niedaleko potoku zemdlała atoli, a gdy przyszła do siebie, dziecko już było urodzone, a ponieważ było ono nieżywe, złożyła je nad brzegiem potoku i oddaliła się. Drowie A. i B., którzy z polecenia Sądu badali Karolinę Ł. d. 15 czerwca, orzekli, że badana rodziła przed 14—18 dniami.

Sekcyja sądowa, odbyta przez tych samych znawców d. 18 czerwca, wykazała co następuje:

1) Zwłoki noworodka płci żeńskiéj 46 cm. długie. Z powodu prawie zupełnie próżnéj czaszki i wielkiéj utraty części miękkich na twarzy, ciężar noworodka nie ma znaczenia i dla tego nie uwzględniono go. 2) Czaszka nierówna, tworzy nieforemną bryłę, skóra w szerz czaszki w okolicy ciemiączka przedniego rozdarta w długości 12 cm. Brzegi w miejscu rozdartéj skóry są nierówne, podwinięte i grube. Pod skórą i w skórze na czaszce nie ma nigdzie wynaczynionéj krwi. Skóra na całéj czaszce blado-brudno-brunatno zabarwiona, pozbawiona włosów i przyskórka, a nadto tworzy fałdy dające się w palce ująć. 3) Ciemiączko przednie otwarte prowadzi wprost do jamy czaszki, która zawiera ciecz brudnowodnistą i zawierającą znaczną ilość robaków jużto gąsienic na $1/2$ cm., jużto robaczków na kilka mm. długich. W mózgu nie ma nic. Kości czaszki są zupełnie w całości zachowane. Opony twarde wyjąwszy otwór w okolicy ciemiączka przedniego w całości utrzymane, brudno-blade i gładkie. Wymiar czołowy przedni wynosi 4 cm., wymiar przez guz potylicy i guzy czołowe wynosi 30 cm., wymiar zaś idący przez oba guzy czaszki i bródki wynosi 34 cm. 4) Na twarzy brak powiek, gałek ocznych, nosa i warg, w skutek czego widać dość głębokie oczodoły, jednę jamę stanowiącą jamę nosową i jamę ust, w któréj nie dostrzega się języka. Lica są utrzymane i brudno-blado-brunatno zabarwione. 5) Szyja krótka, skóra na niéj jest pofałdowana, z przodu pokryta pleśnią brunatno-szarą, z tyłu zaś brudno-blada. 6) Tułów razem z odnogami górnemi i dolnemi kilkakrotnie pozaginany i wykręcony, w skutek czego nie występują dokładne kształty ani klatki piersiowéj ani jamy brzusznéj. 7) Klatka piersiowa wzdłuż całéj kości mostkowéj cokolwiek zaklęśnięta. Skóra na klatce piersiowéj brudno-blada, miejscami jużto brunatna, jużto pokryta blado-szarą pleśnią na plecach blado-brunatna, w całości zaś wilgotna i soczysta. 8) Brzuch wklęśnięty, skóra na brzuchu jest jużto brunatno-blada, jużto pokryta brudno-szarą pleśnią. W samym środku prawie ściany brzusznéj odchodzi pępowina, która jest 20 cm. długa. Pępowina ta wygląda jak cienka tasiemka szerokości $1/2$ cm., wilgotna, na końcu zewnętrznym ma nierówne karby, u nasady zaś nieznacznie przechodzi ścianę brzuszną. 9) Odnogi górne i dolne brudno-blade lub pokryte pleśnią brudno-szarą; ręce same i stopy po stronie dłoniowéj i grzbietowéj pokryte cienką warstwą namułu brudno-szaro zabarwionego, paznogcie u palców rąk bardzo cienkie zaledwie dochodzą do końca brzuśców, paznogcie zaś u palców stóp są również cienkie i nie dochodzą do końca brzuśców. 10) Po otwarciu klatki piersiowéj widać na dnie jam opłucnowych płuca jako płaty, które zaledwie $1/3$ część jam wypełniają. Grasica sięga do samego worka sercowego i jest brudno-żółto zabarwiona. Po wyjęciu płuc razem z grasicą i sercem włożono je do miski napełnionéj czystą zimną wodą. Płuca i grasica utonęły pod wodę, serce zaś unosiło się do połowy na wodzie. Płuca mają na powierzchni, t. j. pod opłucną, bańki powietrzne dochodzące do wielkości okrągłego grochu, płuca są flakowate brudno-ciemno-zielonkowato zabarwione. Oddzielone od grasicy i od serca i powtórnie same włożone do wody również opadają pod wodę. Pocięte na drobne kawałki na przekroju w niektórych miejscach blado-brudno-brunatne, przeważnie zaś brudno-ciemno-zielonkowate. Przy ucisku wydają ciecz a raczéj maź brudno-zielonkowatą i bardzo nieznacznie pienistą. W całości konsystencyi papkowatéj, każdy kawałeczek wrzucony do wody tak przed wyciśnięciem z niego powietrza jakotéż po wyciśnięciu nie unosił się na wodzie, lecz natychmiast opadał pod wodę. 11) Worek sercowy zawiera powietrze, a nie ma w nim cieczy. Serce w stanie rozkurczu, komórki próżne, mięsień sercowy dość cienki, blado-brunatny, a przy ucisku w palcach rozchodzi się. 12) Grasica na przekroju blado-brunatna, a miąższ jéj miękki. 13) Wątroba wypełnia całą górną część jamy brzusznéj, ma brzegi zaokrąglone, na powierzchni gładka, a w całości ciemno-czarno zabarwiona. Miąższ jéj papkowaty i również czarno zabarwiony, przy ucisku i krajaniu trzeszczy w skutek znacznéj zawartości powietrza. 14) Śledziona na powierzchni ciemnoczarna, miąższ jéj tak samo zabarwiony i rozpływający się. 15) Nerki mają torebki, które z łatwością dają się oddzielić i są na powierzchni jednostajnie brudno-brunatno zabarwione, na przekroju blado-brunatne i miękkie. 16) Żołądek ma położenie podłużne, skurczony i tak próżny, że ściany jego szczelnie przylegają do siebie na kształt dwóch stykających się ze sobą blaszek. Ściany żołądka są cienkie i jednostajnie blado-czarno zabarwione. 17) W całém jelicie grubém znajduje się smolka, która w części wstępującéj i poprzecznéj jest brudno-żółta, w części zaś zstępującéj i w odbytnicy brudno-czarna. 18) Jelito cienkie zupełnie próżne, ściany jego cienkie i szczelnie przylegają do siebie, w całości i na wskróś brudno-czarno zabarwione. 19) Pęcherz moczowy próżny, błona śluzowa brudno-brunatna. 20) Części rodne zewnętrzne zupełnie wykształcone, również wykształcone części rodne wewnętrzne. 21) Podściółka tłuszczowa na całém ciele dość znacznie rozwinięta i brudno-żółto zabarwiona. Mięśnie brudnoróżowe, soczyste i dość cienkie.

Orzeczenie: Badane dziecko jest noworodkiem, za czém przemawia utrzymana jeszcze pępowina i smolka w jelicie.

Noworodek był prawie zupełnie donoszonym, zdolnym do życia, za czém przemawia długość ciała, wymiary główki, wykształcone części rodne zewnętrzne, paznogcie i znacznie rozwinięta podściółka tłuszczowa.

Co do życia noworodka, orzekamy, że noworodek urodził się najprawdopodobniéj nieżywym, za czém przemawia ujemna próba płucna, próżny (bezpowietrzny) żołądek i bezpowietrzne kiszki cienkie. Śmierć więc noworodka nastąpiła najprawdopodobniéj jeszcze przed wykluczeniem tegoż z części rodnych matki, czyli przed urodzeniem się tegoż, a zatém śmierć noworodka mogła nastąpić albo przed rozpoczętym jeszcze porodem, t. j. w macicy, lub też w czasie samego porodu, a mianowicie kiedy noworodek przebywał drogi porodowe.

Obrażenie opisane na czaszce jest ciężkiém obrażeniem ciała i zostało zadaném albo przez uderzenie narzędziem twardém i tępém, lub też przez upadnięcie główki na kamień. Czy obrażenie to powstało za życia noworodka czy po śmierci jego, oznaczyć nie możemy, ponieważ oględziny nie dają nam w téj mierze żadnych wyjaśnień.

W razie jednak, gdyby to obrażenie zadaném zostało za życia, to zadaném ono zostało w chwili wyrzynania się główki ze szpary łonowéj, t. j. wtedy, kiedy noworodek jeszcze nie oddychał. Pępowina noworodka została najprawdopodobniéj odciętą ostrém narzędziem, za czém przemawia jéj grubo karbowany koniec, któreto karby są wystającemi naczyniami.

Noworodek znajdował się w trzecim stopniu zgnilizny.

Od jego porodu upłynęło 3—4 tygodni, za czém przemawia wysoki stopień zgnilizny, jakotéż i okoliczność, że

zwłoki leżały w wodzie i że właśnie w tym czasie temperatura powietrza była stosunkowo niską.

Na zapytanie Sądu, czy poród Karoliny Ł. był lekkim lub ciężkim, orzekli pp. obducenci:

Poród noworodka był lekkim i dość krótko trwającym, za czém przemawiają małe rozdarcia wiązadełka dolnego, a zupełne utrzymanie międzykrocza, prawidłowe wymiary i prawidłowy stan części rodnych Karoliny Ł.

Nadmieniamy obecnie po zbadaniu noworodka, że czas, jaki upłynął od porodu, a jaki podaliśmy po zbadaniu Karoliny Ł., jest za krótki, i że rzeczywiście czas ten wynosi 3—4 tygodni, albowiem dowiadujemy się ze śledztwa, że badana w czasie połogu zajmowała się ciężką pracą i z tego powodu macica nie została na tyle skurczoną, jaką być powinna, gdyby się badana była w połogu stosownie zachowała.

Nie poprzestając na tych orzeczeniach Sąd przesłał akta sprawy Wydziałowi Lekarskiemu, prosząc o stanowcze orzeczenie, czy dziecko Karoliny Ł. urodziło się żywém i z czego umarło.

Orzeczenie Wydziału opiewało:

1) Dziecko Karoliny Ł. było nowonarodzoném, niezupełnie donoszoném i z największém prawdopodobieństwem do prawdy nie oddychało po urodzeniu.

2) Gdy tym sposobem nie podobna sprawdzić, czy dziecko to urodziło się żywém, gdy nadto sekcyja nie wykazała żadnych zmian uderzających, więc orzeczenie o przyczynie śmierci onego w części jest niemożebném, a w części i zbytecznėm.

3) Rana na głowie znaleziona nie przedstawia żadnych cech, po których możnaby przypuścić, że powstała za życia; tém samém nic nie przemawia przeciw przypuszczeniu, że powstała po śmierci.

4) Z tych powodów ze stanowiska sądowo-lekarskiego nie ma żadnych podstaw, aby zadać kłam twierdzeniu obwinionéj, jako urodziła dziecko nieżywe.

Pomimo dokładnych oględzin Sąd widział się zniewolony zażądać opinii Wydziału z powodu pewnych sprzeczności w orzeczeniu. Pomijam wzmiankę o zdolności do życia, co do któréj już tylokrotnie zwracałem uwagę, że obowiązująca ustawa o postępowaniu karném nie wymaga wcale wyjaśnienia ze strony znawcy, a mimoto ciekawém jest spostrzeżenie, że nawet ci lekarze, którzy rozpoczęli praktykę już po ogłoszeniu ustawy nowéj, trzymają się ustawy dawnéj, z którą nigdy nie mieli do czynienia, wdając się w kwestyję wyjaśnić się niedającą. Ważniejszy był w danym przypadku brak jasności co do czasu śmierci dziecięcia. Znawcy nie mogli wykazać, że dziecko urodziło się żywém, przypuszczali jednak, że ono mogło umrzeć przed porodem lub śród porodu; w pierwszym razie wszelkie dochodzenie dalsze ze strony Sądu stało się zbytecznėm, w ostatnim atoli, t. j. jeżeli śmierć mogła nastąpić śród porodu, Sąd dzieciobójstwa nie mógł jeszcze wykluczyć.

Druga wątpliwość nasunąć się musiała Sądowi z powodu wzmianki o obrażeniu główki. PP. znawcy z góry orzekają, że obrażenie to było ciężkiém; o obrażeniu cielesném zaś w ogóle wtedy tylko może być mowa, jeżeli uszkodzenie tyczy się jestestwa żyjącego. Orzeczenie to swoje, zrazu stanowcze, znawcy osłabiają następnie wyrażając wątpliwość, czy obrażenie powstało za życia lub po śmierci, dodając, że „oględziny w téj mierze nie dają żadnych wyjaśnień,“ a w ustępie dalszym znów przypuszczają możność powstania obrażenia za życia, dodając, że mogło chyba powstać, kiedy noworodek jeszcze nie oddychał. Godzi się zapytać, jeżeli obrażenie powstało, zanim noworodek oddychał, jakie na to są dowody, skoro sami i słusznie wspominają, że oględziny nie dają w téj mierze żadnych wyjaśnień. Tak więc tylko z powodu niefortunnéj stylizacyi orzeczenie pp. obducentów, którzy sumiennie wywiązali się z ważniejszego zadania, t. j. z oględzin, stało się niejasném.

Przypadek ten dowodzi, jak wiele na tém zależy, aby stylizacyja orzeczenia była jasną, ściśle loiczną a wywód stanowczy nawet wtedy, kiedy opinija musi być ujemną, a musi ona być ujemną zwłaszcza w przypadkach domniemanego dzieciobójstwa, jeżeli ciało jest tak mocno gnijącém, jak w danym razie. Wolimy, że znawca w obec takiego ciała z góry oświadcza, że z powodu zgnilizny nie może sprawdzić, czy dziecko urodziło się żywém, a wtedy nie potrzebuje wdawać się w dalsze roztrząsania, aniżeli jeżeli zapuszcza się w dalsze szczegóły, których wyjaśnić stanowczo nie może.

W końcu radzibyśmy, aby w orzeczeniach już raz przestano mówić o stopniach zgnilizny, bo stopni nikt oznaczyć nie jest w stanie.

IV. Oceny i sprawozdania.

Okulistyka.

Oftalmologija na II Zjeździe lekarzów rosyjskich.

Podał **Dr. J. Talko.**

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 29).

6. Dr. Tomaszewski (z Kijowa) odczytał rzecz o niedowidzeniu występującém wśród przebiegu kiły drugorzędnéj. Nietylko trzeciorzędna lecz i drugorzędna kiła wywołuje rozmaite zmiany w oku, które usposabiają do cierpień układu nerwowego. Osłabienie wzroku stwierdził autor u 84 (60%) osób z liczby 148 dotkniętych kiłą. Na podstawie tego badania wysnuł T. następujące wnioski: *a)* bystrość wzroku może być upośledzoną w okresie kiły drugorzędnéj do $V^1/_3$; *b)* stopień tego upośledzenia nie bywa zależnym od nasilenia objawów kiłowych na skórze i błonach śluzowych; *c)* wśród leczenia przeciwkiłowego powracała bystrość wzroku do stanu prawidłowego, przyczém znikały i skórne objawy kiły; *d)* w niektórych rzadkich przypadkach upośledzenie wzroku było trwałém, z czasem jednak następował powrót do stanu prawidłowego; *e)* wzrok polepszał się i bez odpowiedniego leczenia; *f)* w okresie między nawrotami kiły wzrok pozostawał prawidłowym; *g)* niedoślep ten nie był objawem przypadkowym, gdyż ustępował przy polepszeniu ogólnego stanu zdrowia i przy leczeniu przeciwkiłowém; *h)* analogicznym objawem niedoślepu u dotkniętych kiłą jest obniżenie dotykowego i bólowego czucia skóry. Autor, będąc syfilidologiem z zawodu poleca kolegom trudniącym się chorobami ocznemi, aby zechcieli sprawdzić ten fakt i zbadać wewnętrzny stan oczów u dotkniętych kiłą za pomocą wziernika, czego on nie mógł dokonać.

7. Dr. Hagen-Torn (z Białgorodu Kurskiéj gub.) mówił o postaciach kiłowych zapalenia rogówki: których odróżniał 4: *a) Kerat. superficialis* zdarza się sama lub w połączeniu z następnemi; *b) Ker. hypertrofica gummosa; c) Ker. interstitialis maculosa* głębokie plamy w miąższu rogówki; *d) Ker. interstitialis vasculosa* głęboko rozlane na-

cieki rogówki. Wszystkie te postacie zapalenia rogówki, zdaniem prelegenta, są wyjątkowo kiłowego pochodzenia i ustępują przy odpowiedniém leczeniu. W ogóle kiła sprzyja chorobom rogówki i spostrzegane one bywają w 4,5% u kiłowych i u 3,6% u niedotkniętych kilą.

Odczyt ten wywołał dyskusyję, w której głównie wzięli udział Dr. Mendelstam i prof. Chodin. Oponenci nie zgadzają się, aby te postacie wyjątkowo zależne były od kiły i że dobry skutek rtęciowego leczenia wcale jeszcze nie dowodzi w tym razie specyficzności choroby; nie stwierdzają też zdania jakoby te postacie doszczętnie dawały się wyleczyć, szczególnie 2 ostatnie, po których zwykle pozostają na zawsze zaćmienia.

8. Dr. Talko przedstawił kolorowe ryciny 3ch dość rzadkich chorób ocznych: *a) degeneratio hyaloidea conjunctivae et corneae* przypadek opisany przed 3 laty w *Pamięt. Tow. Lek. warsz.*; *b) Ulcus syphiliticum palp. sup.*, na prowincyi rozpoznany jako rakowe owrzodzenie, z powodu którego chory oficer przysłany był dla operacyi; wkrótce rozwinęły się objawy kiły drugorzędnéj; ogólne i miejscowe wyzdrowienie pod wpływem leczenia przeciwkiłowego; wreszcie *c)* nadzwyczaj rzadkie obficie wydzielające limfę wyniosłe owrzodzenie lewych powiek (*Dermatitis papillomatosa s. framboesia non syphilitica* jak określił kol. prof. Trautvetter) obserwowane u pewnéj 30-letniéj anemicznéj i nerwowéj kobiety, które nie ustępowało żadnemu środkowi przez lat 7 i miało charakter niezłośliwy; gałka oczna, przed kilku laty uszkodzona, była w stanie średniego zaniku. *Xerosis conjunctivae et blepherophymosis* obu oczu. Prawa rogówka ulegała częstemu owrzodzeniu, w skutek cierpienia spojówki i zawinięcia rzęs. Przypadek ten znany kilku warszawskim okulistom zasługuje na szczegółowy opis.

9. W końcu Dr. Łożecznikow wypowiedział kilka słów o leczeniu ropnego zapalenia spojówki.

Sekretarz sekcyi poleca *arg. nitricum*, używanie którego zaleca rozpoczynać od samego początku choroby, chociażby na spojówce istniały już błony zapalne i powierzchnia była krwawiącą. Pożyteczny tylko bywa roczyn lapisu pewnéj tęgości (od 10—15%, średnio 12,5%), który potrzeba stosować bezpośrednio na łącznicę powiek. Taki sposób uważa autor za poronny, skraca on bowiem przebieg sprawy i oddzielnych jéj okresów, zapobiega ciężkim powikłaniom ze strony rogówki i pozwala na niestosowanie na początku choroby zimna niezupełnie wtedy dla oka nieszkodliwego.

Oprócz rozpraw odczytanych na obu posiedzeniach sekcyi oftalmicznéj Zjazdu, muszę tu podać w streszczeniu 3 odczyty, które miały miejsce w innych sekcyjach, a odnoszą się do naszego przedmiotu.

Sekcyja patologicznéj fizyjologii:

1. Prof. Dogiel (z Kazania) mówił o wpływie barw widma na narządy człowieka i zwierząt. Autor, wraz z kilku innymi lekarzami, wykonał szereg obserwacyj na zwierzętach (królikach, psach, żabach i ptakach) i ludziach, w celu zbadania wpływu barw tęczy na zmianę źrenicy, krążenie krwi w siatkówce oka, ogólny obieg krwi i na zmianę barwnika ocznego. Pod wpływem skrajnych barw widma (czerwona i fijoletowa) źrenica silnie się rozszerzała, następnie nieco się zwężała; w środkowych barwach (głównie zielonéj) przeciwnie. Światło naczyń siatkówki odpowiadało wielkości źrenicy. Barwnik oczny najbardziéj znikał w kolorze białym, mało w czerwonym i prawie się nie zmieniał w ciemnocie. Liczba ruchów serca i ogólne tętnicze ciśnienie nie zmieniały się wcale, jeśli tylko zwierzęta brane do doświadczeń były zdrowe. U osób nerwowych spostrzegano wahania w ciśnieniu krwi i w tętnie: przy doświadczeniach z barwą zieloną, wahania były dość znaczne, mniejsze z barwą błękitną; fijoletowy i czerwony kolor działają pod tym względem jednakowo. W obec tych faktów, prof. D. mniema, że projekt Panza leczenia nerwowych chorób zastósowaniem rozmaitych barw widma zasługuje na uwzględnienie. Stwierdzono doświadczenia Berta: niższe zwierzęta unikają barwy zielonéj.

2. Dr. Durdufi (z Moskwy) odczytał rzecz o mechanizmie wysadzenia gałki ocznéj. Wiadomo, że po przecięciu nerwu współczulnego na szyi, gałka oczna wciąga się do oczodołu a źrenica i otwór powiek zwężają się. Przeciwne spostrzegamy objawy przy podrażnieniu prądem elektrycznym górnego końca przeciętego nerwu. Lepiéj daje się to widzieć na psach, niżli na królikach. Po wstrzyknięciu jednak chlorku kokainu do żyły królika, wysadzenie gałki bywa znaczniejszém niżli po podrażnieniu nerwu. Wysadzenie gałki wywołane tém ostatniém nie zależy ani od zmian w krążeniu krwi, ani też napięcia poprzeczno-prążkowanych mięśni oczodołu i okrążających go z tyłu i z dołu (u psów) żwaczów, a także powiek. Oddzielona od nich gałka oczna nie przestawała wysadzać się tak samo jak i gałka z przeciętym nerwem wzrokowym i oddzielonemi jéj mięśniami. U królika można wywołać wysadzenie gałki ocznéj mechanicznie, utrudniając odpływ krwi żylnéj z oczodołu. Zdaniem Dra D. doświadczenia mogące wyjaśnić mechanizm wysadzenia gałek przy chorobie Gravesa powinny być robione na małpach.

W sekcyi chorób nerwowych.

3. Prof. Kożewnikow (z Moskwy) miał odczyt p. t. *Ophthalmoplegia nuclearis.* Jestto porażenie mięśni ocznych w skutek uszkodzenia jądra nerwu okoruchowego. Zewnętrzne porażenie oczu, *Ophthalmoplegia externa*, zdaniem K., bywa po większéj części pochodzenia jądrowego, lecz może być zależnym i od przyczyn obwodowych. Z drugiéj strony cierpienia jądra nie zawsze miewają w skutkach *ophth. externam* lecz i porażenie wszystkich mm. oka. Jako dowód ostatniego twierdzenia przytoczył jeden kliniczny przypadek ostrego cierpienia, stwierdzony sekcyją (*polioencephalitis inferior acuta*). Opis przypadku objaśniony był starannie wykończonemi rysunkami patologicznych zmian mózgu, szczególnie wynaczynień krwi w kierunku *aquaeductus Sylvii*, a także mikroskopowemi preparatami.

Z liczby lekarzów biorących udział w dyskusyi nad temi przedmiotami zapisuję tylko prof. Mierzejewskiego, prezydującego téj sekcyi, który twierdził, że zdarzają się i takie przypadki, w których *ophthalmoplegia* peryjodycznie to się objawia, to znika itd. Sąto przypadki zagadkowe i nie podobna wyjaśnić sobie czy zależne bywają od rozstroju krążenia lub prędko znikających zmian anatomicznych, czy też od wahania się ilości i rozprzestrzenienia cieczy mózgo-rdzeniowéj.

(Dok. nast.)

Farmakologija.

Schroeder: **O działaniu kofeinu jako środka moczopędnego.**

Dotychczas zapatrywano się różnie na działanie moczopędne kofeinu. Niektórzy lekarze przypisują kofeinowi podobne działanie jak digitalinie. Autor zwraca uwagę na to, że tak kofein jakotéż i digitalina podnoszą ciśnienie krwi. Podczas gdy digitalina podnosi ciśnienie krwi po części dla tego, że pobudza mięsień sercowy do energiczniejszych skurczów,

to przeciwnie kofein podnosi ciśnienie krwi dla tego, że podrażnia ośrodki naczynioruchowe. Autor podnosi, że do wywołania diurezy przez podniesienie ciśnienia krwi można użyć tylko takich leków, pod wpływem których ciśnienie krwi podnosi się przez działanie na samo serce. Jeżeli sprowadzamy powiększenie się ciśnienia krwi za pomocą środków podrażniających ośrodki naczynioruchowe, wówczas podrażnienie to wpływać może na zmniejszenie się wydzielania moczu. Autor doszedł na podstawie doświadczeń wykonanych z kofeinem na królikach narkotyzowanych morfinem i wodanem chloralowym do rezultatu, że lek ten nie może sprowadzać diurezy przez podniesienie ciśnienia krwi, tylko przez bezpośrednie działanie na nerki, a mianowicie przez podrażnienie komórek przybłonkowych. Skutek tego bezpośredniego działania kofeinu na nerkę może u zwierząt nienarkotyzowanych wcale nie nastąpić dla tego, że równocześnie drażnione zostają ośrodki naczynioruchowe. Ponieważ pobudliwość ośrodków naczynioruchowych u różnych ludzi jest różną a częstokroć tak znaczną, że skutkiem zadrażnienia takowych przez kofein działania moczopędnego tego środka spostrzegać nie można, dla tego sądzi autor, że należy kofein podawać chorym równocześnie z takim lekiem, który podrażnienie ośrodków naczyniowych uniemożebnia. Wodanu chloralowego nie można w tych przypadkach podawać z kofeinem, gdyż ten ostatni podaje się często chorym z wadą serca. Autor zachwala kombinacyję kofeinu z paraldehydem, którą w największej ilości przypadków bez niebezpieczeństwa zastósować można. (*Archiv f. exper. Pathol. u. Pharmakol.*)

Dr. Józef Łazarski.

Medycyna sądowa.

Patenko: Przyczynki do tłumaczenia objawów i zmian pośmiertnych w skutek uduszenia występujących.

Autor znany z pracy swojej p. t. „O krtani pod względem sądowolekarskim“ uskutecznionéj w zakładzie prof. Hofmanna w Wiedniu a ogłoszonéj w *Viertelj. f. ger. Med.*, 1884, T. 41, str. 193—230, w roku następnym w zakładzie prof. Brouardela w Paryżu robił badania makro- i mikroskopijne na psach, które zabijał przez powieszenie i wynik swych doświadczeń ogłosił w *Annales d'hyg. publ.* 1885, XIII, p. 209 p. t. *Etude sur l'asphyxie de cause mécanique. Modification de la circulation pulmonaire.* Wieszał on psy już to po wydechu, już też po wdechu i potwierdził przypuszczenie Dondersa, że w pierwszym razie przekrwienie płuc jest silniejszém aniżeli w ostatnim. W jednym i drugim znajdował małe, najczęściéj tylko drobnowidem widzialne wynaczynienia w płucach i w rdzeniu przedłużonym, zwłaszcza w okolicy pióra pisarskiego. Autor atoli sam nie uważał wyników otrzymanych za całkiem pewne, ponieważ należało uwzględnić i inne okoliczności, w strangulacyi zachodzące a wpływające na rozmieszczenie krwi. Z tego powodu w pracowni fizyjologicznéj prof. Zuntza w Berlinie zabrał się do dalszych doświadczeń na psach i królikach, badając z jednéj strony sposobem graficznym bieg ruchów oddechowych aż do śmierci, a z drugiéj wykonywając dokładne sekcyje i uzupełniając wynik takowych pod względem zawartości krwi przez oznaczenie jéj ilościowe sposobem kolorymetrycznym.

Wyniki pracy jego, ogłoszonéj w *Archiv f. d. gesammte Physiologie* Pflügera, 1885, t. 36, z. 7, są następujące:

1. Nie jest rzeczą obojętną, czy zamknięcie dróg oddechowych następuje śród wdechu lub wydechu; w miarę tego zachodzą znaczne różnice w krzywéj, którą Högyes podał jak schemat przebiegu ruchów oddechowych w uduszeniu, a z tego powodu krzywa jego nie ma znaczenia ogólnego. Po zamknięciu przystępu powietrza ruchy oddechowe stają się silniejsze, mniéj częste, a jeżeli odcięcie powietrza nastąpiło po wdechu duszność ma cechę wydechową. Ruchy wdechowe utrzymują się ciągle, podczas gdy wydechowe po upływie 5—30 sekund przechodzą w wdechowe. W jednym i drugim razie pod koniec okresu zamartwiczego ciśnienie w płucach jest zwiększone; a jeżeli zwiększone ciśnienie w płucach, które powietrzem były napełnione, jest rzeczą naturalną, jest ono uderzającém w obec płuc, które pozostawały pod ciśnieniem ujemném.

2. Jeżeli uduszenie ma miejsce przez strangulacyję, wtedy po ściągnięciu szyi ustaje oddychanie przez minutę i dłużéj; poczém pojawiają się oddechy kurczowe, po nich znów pauza, aż wreszcie śród silnych drgawek znika czucie a szereg oddechów końcowych wyprzedza śmierć. Długa pauza wydechowa nie jest zależną od odcięcia powietrza, ani nie jest następstwem urazu pni nerwowych, lecz urazu kończyn nerwowych w krtani a względnie w jamie gardzielo-krtaniowéj. Albowiem oddychanie ustaje i wtedy, jeżeli przed strangulacyją otwarto tchawicę w dolnéj części szyi, — strangulacyja poniżéj chrząstki pierścieniowéj nie przerywa oddechania, ani poprzednie przecięcie nn. błędnych i krtaniowych.

3. W żadnym przypadku nie znaleziono u królików i małych psów owego silnego przekrwienia płuc, jakie opisują u ludzi uduszonych; przeciwnie płuca przy sekcyi w 10—15 minut po śmierci zrobionéj okazują się blademi; jeżeli jednak płuca te przez 2—3 minut leżą na powietrzu, nabierają całkiem innego wejrzenia: stają się podobnemi do płuc przekrwionych. Ponieważ o rzeczywistém powiększeniu ilości krwi mowy być nie może, gdy zjawisko to występuje mimo podwiązania płuc, pokazuje się, jak niepewnemi są wnioski, które zazwyczaj się czyni, sądząc po barwie powierzchni lub przekroju o zawartości krwi w płucach. Przyczyną tego zjawiska uderzającego jest szybkie zmniejszenie się zawartości powietrza, niedodma szybko rozpoczynająca się w pęcherzykach podopłucnowych (Lichtheim). Płuca prawidłowe, powietrzem napełnione, porównać można poniekąd ze zwierciadłem, którego płaszczyzna odbijająca leży tuż pod opłucną; w płucu zaś trupiém, w pęcherzykach wierzchnich powietrza pozbawionėm, płaszczyzna odbijająca leży głębiéj, tak że światło odbite przechodzi przez tkankę więcéj krwi posiadającą. To też jeżeli takie płuco, pozornie przekrwione, sztucznie wydmiemy, przedstawia ono się znów niedokrewném.

Oznaczenie ilości krwi w płucach sposobem kolorymetrycznym według Hoppe-Seylera pouczyło autora, że ilość krwi w płucach zwierząt uduszonych zawsze jest znacznie większą, aniżeli ilość, jaką znaleźli Heger i Speht w płucach królików prawidłowo oddychających.

Teoryja Dondersa jest o tyle słuszną, o ile średnio więcéj krwi sprawdzono w płucach, jeżeli uduszenie nastąpiło po wydechu; w przypadkach poszczególnych sprawdzono atoli stosunek odwrotny. Z tego powodu teoryi téj nie można uznać za prawidło, a to tém mniéj, o ile o przekrwieniu płuc w uduszeniu może być mowa tylko wtedy, jeżeli płuca te porównamy z płucami niedokrewnemi; jeżeli je zaś porównamy z płucami prawidłowemi, wtedy płuca uduszonych wypada nazwać mocno niedokrewnemi.

4. Wynaczynionki podopłucnowe i podosierdziowe według P. powstają skutkiem pęknięcia nietylko naczyń włosowatych ale i małych żył. *L. B.*

V. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

Wystawa higijeniczna w Warszawie.

Po sześciotygodniowém trwaniu została obecnie zamknięta pierwsza w Polsce wystawa higijeniczna, oddała ona i odda społeczeństwu naszemu niejednę korzyść nie od rzeczy zatém będzie podać w naszém piśmie pobieżny chociaż jéj przegląd.

Można się spierać co do pożytku a zatém i potrzeby wystaw powszechnych ale nie znajdzie się dziś nikt ktoby zaprzeczył potrzeby wystaw krajowych lub specyjalnych, stanowią one potrzebę naszéj epoki, są w każdym kraju znamieniem dążeń czasu i narodu. Takiém znamieniem XIX wieku są wystawy elektryczności i higijeny a ich ogólne powodzenie wskazuje ważną rolę tych nauk w stosunkach nowożytnego społeczeństwa. Jeżeli wystawy takie są w każdym kraju pocieszającym wypadkiem naukowym i społecznym to u nas tém bardziéj; z istotną też radością zapisać nam przychodzi pierwszą u nas wystawę naukową, jaką była wystawa higijeniczna w Warszawie, a to jeszcze i z tego powodu że dotyczy nauki zostającéj w obecnym swym rozwoju w tak ścisłym związku z jednéj strony z życiem rodzinném, gminném i społeczném a z drugiéj z wszelkiego rodzaju przemysłem, rzemiosłami i techniką. Jeżeli jeszcze zwróci się uwagę na to że liczba podobnych wystaw, które wyprzedziły wystawę warszawską, nie jest wielką, że zatém chlubić się nam wypada że i u nas coś podobnego do skutku dojść mogło to łatwo przyjdzie nam uznać znaczenie téj wystawy i zasługę tych, którzy powzięli myśl jéj i którzy mimo napotykanych trudności i obojętności, na którą u wielu natrafili, myśl tę do skutku doprowadzili. Zanim przystąpimy do rzutu oka na wystawę dotknijmy pobieżnie historyi jéj powstania i wspomnijmy o tych, którzy się do jéj urządzenia przyczynili.

Piękna myśl téj wystawy wyszła od Dra Polaka, redaktora *Zdrowia*, onto poruszał ją wielokrotnie w ściślejszych kołach lekarskich zanim wystąpił z nią na widownię publiczną. Pozyskawszy poprzednio dla téj myśli ludzi poważnych i gdy mu się udało zachęcić ludzi nauki do poświęcenia swéj wiedzy dla dobra ogółu zajął on się przy pomocy szczupłego grona osób pierwszemi krokami przygotowawczemi, a mianowicie uzyskał miejsce i pozwolenie na wystawę. Następnie w listopadzie roku zeszłego myśl zaczęła przybierać pewniejsze kształty: odbyło się bowiem zebranie osób wszelkich sfer zamiarowi życzliwych, które zajęło się najpierw obmyśleniem funduszów materyjalnych. Z początku zamierzono nadać wystawie skromne rozmiary i obliczono że wystarczy fundusz gwarancyjny 2000 rs., którąto kwotę stosunkowo łatwo zebrano w gronie zgromadzonych przez podpisy, zobowiązujące podpisującego do pokrycia mogącego wyniknąć niedoboru do wysokości zadeklarowanéj sumy. Późniéj gdy wystawa szersze rozmiary przybierać poczęła i należało myśleć o znaczniejszym funduszu gwarancyjnym postarano się o gwarantujących w szerszych kołach, tak że fundusz gwarancyjny dosięgnął wysokości 9000 rs. Na szczęście korzystać z niego nie wypadło, rachunki bowiem wystawy nietylko że nie wykazały niedoboru ale owszem zysk.

Prócz ofiarności co do funduszów materyjalnych wiele osób przyszło z pomocą przedsięwzięciu ofiarując bądź pracę swoją, bądźteż materyjały do upiększenia placu wystawy, bądźteż dopomagając przez ułatwienia, jakie w zakresie ich władzy leżały, do doprowadzenia zamiaru do skutku. Z tém wszystkiém, bo nie obeszło się i bez trudności, wymagało to niemałéj zabiegliwości, wytrwałéj i energicznéj pracy, a oraz i poświęcenia ze strony Komitetu urządzającego, aby w stosunkowo krótkim czasie od listopada r. z. do otwarcia wystawy w dniu 21 maja r. b., wszystko pomyślnie i pokaźnie urządzić, udało się to jedynie *viribus unitis*. Aczkolwiek wszyscy członkowie zarządu położyli zasługi koło doprowadzenia rzeczy do skutku, to przecież na odrębną wzmiankę zasługuje prócz inicyjatora Dra Polaka jeszcze inżynijer Grotowski, którego za wykonawcę świetnéj myśli pierwszego poczytywać wypada, imto dwóm głównie zawdzięczać wypada i rozmiary i świetność, jak na nasze stosunki, całéj wystawy.

Zgromadzenie odbyte w listopadzie r. z. o którém wyżéj wspominiano, prócz obmyślenia funduszu gwarancyjnego zajęło się utworzeniem zarządu i komitetu wystawy. Na protektorkę zaproszono hr. Augustową Potocką. Prezesem obrano Prof. Dra Szokalskiego, któremu z należną czcią podnieść to należy, ani wiek, ani pracą sterane siły nie przeszkodziły gorliwie oddawać się sprawie nie tylko w czasie jéj kiełkowania, ale i w ciągu saméj wystawy. Dzielną byli mu pomocą wiceprezesi prof. Łuczkiewicz, oraz inżynijerowie Grotowski i Janicki. Obowiązki mozolne sekretarza zarządu wystawy poruczono Drowi Polakowi, a kasyjera p. Wendzie. Prócz nich wchodzili w skład komitetu jako członkowie pp.: Cichocki, Danielewicz, Grotowski, Górski, Lasocki, Lubelski, Malinowski, Nencki, Nussbaum, Śliwicki, Rakiewicz, Wenda, oraz przewodniczący i sekretarze komitetów pojedynczych oddziałów wystawy.

(Ciąg dalszy nastąpi).

○ VIty Międzynarodowy Kongres higieniczno-demograficzny odbędzie się, jak wiadomo, od 26 września do 2 października rb. w Wiedniu. Prezydyjum tego Zjazdu bardzo dobrze się zapowiadającego wzywa zamierzających wziąć udział, ażeby się nadsełając składkę uczestnictwa 10 złr. (*An die Organisations Commission des VI internationalen Congresses für Hygiene und Demographie zu Wien I. Renngasse 20*) zgłaszali, ponieważ prócz wielu innych względów przemawiających za wczesném zgłaszaniem się, stosownie do liczby zgłaszających się ustanowionym zostanie nakład druków obejmujących sprawozdania o tematach, które mają być rozbieranemi.

Dotychczas zgłosiła się już znaczna liczba uczestników zagranicznych, mianowicie z Belgii, Niemiec, Francyi i Szwajcaryi, a prawie wszyscy sprawozdawcy nadesłali już swe sprawozdania. Wszystko pozwala rokować, że Zjazd ten dorówna pod każdym względem swym poprzednikom, a nawet jak tego wymaga postępujący rozwój przewyższy w każdym kierunku Zjazdy poprzednie. Również wystawa, która ma być z tym Kongresem połączoną, zapowiada się bardzo dobrze.

Komitet urządzający postarał się o ułatwienia w zwiedzaniu bądź zbiorowo, bądźteż pojedynczo wszelkich osobliwości miasta Wiednia.

Co do wycieczki do Pesztu, która ma nastąpić po Zjeździe, to także czynią się przygotowania, aby zwiedzanie tego miasta ułatwić i odpowiedni program ułożyć.

Wiele kolei przyznało dla członków Kongresu opust 50% z ceny jazdy (z pośród galicyjskich jak dotąd: koleje państwowe, kolej północna Cesarza Ferdynanda i Lwowsko-Czerniowiecka).

Towarzystwo żeglugi parowéj na Dunaju również przyznało dla uczestników wycieczki do Pesztu różne ułatwienia; a co do wycieczek do Kaiserbrunn, na Semering i do Abbacyi, to należy się spodziewać, że Zarząd kolei południowéj również udzieli ułatwień.

O ułatwieniach, które nastąpią, zostaną zgłaszający się zawiadomieni osobnemi okólnikami, jak również co do szczegółowych postanowień, jakie pojedyncze zarządy kolejowe ustanowiły.

Członkowie, którzy chcą sobie zapewnić mieszkania, zechcą się zgłosić do komitetu urządzającego z podaniem swych życzeń.

Sprawozdania, które ogłoszonemi zostaną przed i po kongresie, będą wszystkim członkom, nawet tym, którzyby na Zjazd przybyć nie mogli, rozesłanemi; wartość tych sprawozdań przenosić będzie składkę 10 złr., możliwość tego tłumaczy okoliczność, że na cele Zjazdu przyznał subwencyje Wys. c. k. Rząd, oraz reprezentacyje krajowe Dolnéj i Górnéj Austryi, Styryi, Krainy, Istryi, Czech, Morawii, Ślązka i Galicyi, miast Wiednia, Pragi, Tryjestu i Berna, oraz Izby handlowe w Tryjeście i w Wiedniu.

○ Cholera. Niestety i w tym roku ponownie pojawiła się cholera i według pewnych doniesień rozszerzyła się już po całéj Sycylii. Wybuchła najpierw w wiosce kalabryjskiéj Rocella Jonica, gdzie zmarła połowa z tych, którzy zachorowali. Chorobę miał zawlec pewien majtek z Katanii. Prawie równocześnie w koszarach w Katanii zapadło kilku żołnierzy, a dla bezpieczeństwa przeniesiono cały pułk do Misterbianco. Z Mesyny donoszą, że cholera nie da się tam zataić. Do Palermo miał zawlec cholerę pewien student z Katanii, który w parę godzin później zmarł. Z Katanii donoszą też, że od 8—11 lipca zapadło tam 200 osób, a z téj liczby 70% zmarło, szczególnie nawiedzoną być ma załoga. Także na wyspie Sardynii miały się zdarzyć przypadki, które podejrzywano, że były przypadkami cholery.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 26 czerwca do 2 lipca umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 28·5. Z ospy umarło 1 (0 z. t.); z płonicy 0 (1 z. t.); z dławca i błonicy 3 (3 z. t.); z duru brzusznego 3 (1 z. t.); z gruźlicy 7 (5 z. t.); z zapalenia płuc 3 (7 z. t.); z biegunki 4 (2 z. t.). Doniesiono w tymże czasie: o 4 przypadkach duru osutkowego (2 z Podgórza, 1 z Prądnika); 1 duru brzusznego, (z Mystrzowic); 1 błonicy, 1 krztuśca. W tygodniu od 19—25 czerwca umarło z ospy: w Czerniowcach 1, w Pradze 7, w Warszawie 15, w Budapeszcie 2, w Tryjeście 6, w Paryżu 5, w Petersburgu 8. Z duru osutkowego umarło w Królewcu i Petersburgu po 1. Z duru brzusznego umarło w Paryżu 10, w Petersburgu 18. Z odry umarło w Wiedniu 36, w Brodach 1, w Kołomyi 2, w Mnichowie 26, w Paryżu 31, w Londynie 98, w Stokholmie 17, w Petersburgu 15. Z płonicy umarło w Wiedniu 3, w Stokholmie 7, w Londynie 14. Z dławca i błonicy umarło we Lwowie 2, w Drohobyczu 1, w Berlinie 27, we Wrocławiu 9, w Hamburgu 11, w Paryżu 21, w Londynie 22, w Petersburgu 11.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 19—25 czerwca umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 30,6; we Lwowie 27,4; w Brodach 17,8; w Drohobyczu 43,7; w Kołomyi 34,0; w Przemyślu 39,1; w Stanisławowie 27,6; w Tarnopolu 7,2; w Tarnowie 22,3; w Czerniowcach 33,0; w Warszawie 23,1; w Poznaniu 28,6; w Wiedniu 29,9; w Salcburgu 31,0; w Gracu 33,8; w Tryjeście 26,5; w Insbruku 23,4; w Pradze 35,9; w Bernie 38,1; w Ołomuńcu 35,8; w Opawie 35,2; w Berlinie 21,8; we Wrocławiu 25,7; w Gdańsku 24,9; w Dreźnie 21,3; w Hamburgu 19,0; w Kolonii 24,0; w Królewcu 29,0; w Lipsku 17,3; w Mnichowie 33,8; w Strasburgu 24,1; w Amsterdamie 20,3; w Brukseli 24,9; w Budapeszcie 25,6; w Chrystyjanii 22,5; w Kopenhadze 19,5; w Londynie 15,9; w Odesie 33,3; w Paryżu 21,1; w Petersburgu 30,2; w Rzymie 26,5; w Stokholmie 27,1; w Wenecyi 21,2. *J. B.*

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 21 lipca. Redaktor Przeglądu Lekarskiego wyjechał na wakacyje; przez czas jego niebytności zastępować go będzie docent Dr. Grabowski.

* **Lwów**. Na posiedzeniach odbytych w dniach 12 i 14 lipca Rada miasta przystąpiła do reorganizacyi miejskiéj służby zdrowia. Dotychczasowy fizyk miejski Dr. Kosiński po 46-letniéj służbie został przeniesiony w stan spoczynku, przyczém przyznała mu Rada obywatelstwo miejskie. Również dotychczasowy lekarz miejski Dr. Spausta został przeniesiony w stan spoczynku.

Fizykiem zamianowano dotychczasowego lekarza miejskiego Dra Pawlikowskiego. Lekarzami miejskiemi: *a*) w randze sekretarzy: dotychczasowych lekarzy miejskich Drów Rosnera i Łopackiego; *b*) w randze komisarzy, Drów Schmidta i Krobickiego; nakoniec *c*) w randze koncepistów: Drów Elektorowicza, Wiktora i Tatarczucha. — Weterynarzem miejskim z płacą 1140 złr. i dwoma pięcioleciami mianowano p. Kubickiego a asystentem weterynarskim p. Borkowskiego. — Chemikiem miejskim z płacą 1500 złr. i dwoma pięcioleciami Dra Mieczysława Dunin Wąsowicza.

* W Cieplicach czeskich bawiło dotąd 4148 osób, w Szczawnicy do 14 lipca 1270 osób, w Gainfarn 902 osób.

* **Wiedeń**. Radca ministeryjalny Schneider złożył przewodnictwo międzynarodowego Kongresu higienicznego a w jego miejsce powołano jednogłośnie prof. Dra Ludwiga.

Sekundaryjusze szpitala powszechnego zamierzają wnieść petycyję o poprawę ich stanowiska.

Dymisyja dyrektora szpitala powszechnego Dra Hoffmanna została przyjętą przyczém wyrażono mu ponownie uznanie wieloletniéj skutecznéj służby.

* **Wiadomości uniwersyteckie**. **Berlin**. Salkowski ma objąć nowo utworzoną katedrę chemii lekarskiéj. — **Berno**. Dr. Zumstein habilitował się jako docent anatomii. — **Bonn**. Docenci prywatni Rumpf i Ungar zostali mianowani profesorami nadzwyczajnymi. — **Rzym**. Prof. nadzw. akuszeryi Pasquali został zwyczajnym profesorem.

* **Nekrologija**. W Petersburgu zmarł ordynator miejskiego szpitala Aleksander Richter; w Berlinie tajni radcy lekarscy Dr. Hauck i Heymann; w Gracu Dr. Leopold Malfatti Rohrenbach c. k. pens. generalny lekarz sztabowy; w Akwisgranie znany lekarz zdrojowy Dr. Reumont; w Frankfurcie n. M. Dr. Wiesner naczelny lekarz szpitalny prezes Tow. lek.; w Warszawie docent psychijatryi Pasternacki.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 29: Hoyera: O nastrzykiwaniu naczyń śledziony dla badań histologicznych; Herynga: O chirurgicznem leczeniu suchot krtani i ich wyleczalności (c. d.). — W *Medycynie* Nr. 29: Biegańskiego: O opukiwaniu półksiężycowéj przestrzeni Traubego; Kaczorowskiego: Przyczynek do leczenia morfinizmu (dok.). — W *Przewodniku gimnastycznym* Nr. 7: Zakaz zjazdu Sokołów słowiańskich. O gimnastyce ze stanowiska estetyki (c. d.). Przechadzki i wycieczki (c. d.).

Piśmiennictwo lekarskie.

BRÜCKE E. Vorlesungen üb. Physiologie. 2. Bd. 4. Aufl. M. 104 Holzschn. gr. 8. Wien, Braumüller. M. 10.

BUNGE G. Die Alkoholfrage. Vortrag. gr. 8. Leipzig, F. C. W. Vogel. M. — 80.

BURCKHARDT H. Zur Aetiologie d. Puerperalfiebers. Vortrag. (S.—A.) gr. 8. Neuwied, Heuser's Verl. M. — 75.

CORLIEU A. La prostitution à Paris. 16. Paris, Baillière et fils. Fr. 2.

DA COSTA J. M. Handbuch der speciellen medicinischen Diagnostik. Deutsch v. Engel u. Posner. 2. Aufl. M. 40 Holzschn. gr. 8. Berlin, Hirschwald. M. 12.

EICHHORST H. Handbuch d. speciellen Pathologie u. Therapie. 2. Bd. M. 126 Holzschn. 3. Aufl. Lex.-8. Wien, Urban et Schw. M. 11.

HAGEN R. Anleitung zur klinischen Untersuchung u. Diagnose. 5. Aufl. M. 23 Abb. u. 1 Taf. 8. Leipzig, Veit et Co. M. 3. 50.

W zastępstwie redaktora: **Doc. Dr. Grabowski.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Anatola Maryjana Kosterkiewicza.